29999 N. ...
...and Medical Library
1896

Über die Behandlung
der
Lymphdrüsen-Tuberkulose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugeich mit den Thesen

Montag den 23. November 1896, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Martin Müller

aus Berlin.

Referent: Herr Prof. Dr. v. **Bramann.**

Opponenten:
Herr cand. med. **Sessous.**
Herr cand. med. **Rohde.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1896.

Imprimatur

Prof. Dr. **Harnack**

h. t. Decanus.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0341

Unter den tuberkulösen Krankheiten, die den Chirurgen beschäftigen, spielt die Tuberkulose der Lymphdrüsen unzweifelhaft eine hervorragende Rolle.

Was die Häufigkeit ihres Vorkommens im Verhältnis zu anderen tuberkulös-chirurgischen Erkrankungen anbelangt, so hat der Chirurg zwar bei weitem öfter mit tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen zu thun, immerhin aber ist das Auftreten der Lymphdrüsentuberkulose ein so häufiges, dass die genauere Kenntnis dieser Krankheit für den Arzt unumgänglich notwendig ist.

Es giebt wohl nur wenige Krankheiten, über deren Natur man so lange im Unklaren gewesen, wie über die der Lymphdrüsentuberkulose.

Früher bezeichnete man sie als ein Produkt der Skrophulose und hielt sie für eine zu den chronischen nicht spezifischen Krankheiten zu rechnende Erkrankung.

Jedoch sah man bald ein, dass ein innerer Zusammenhang zwischen den skrophulösen Lymphdrüsenschwellungen und der Tuberkulose bestehen müsse und schon in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts war es bekannt, dass Patienten, die an Skrophulose litten, häufig später an Tuberkulose erkrankten.

Im Anfang der siebziger Jahre waren die Forschungen so weit gediehen, dass Hueter den Grundsatz aufstellte:

„Die Tuberkulose entwickelt sich auf dem Boden der Skrophulose“ [1]).

Doch war man sich über die Natur der beiden Krankheiten durchaus noch nicht klar, so dass Hueter 1872 in einem Vortrag erklärte: „Trotz aller Fortschritte muss ich auf die Möglichkeit verzichten, Ihnen in zwei kurzen Sätzen zu erklären, die Tuberkulose ist die . . . , und die Skrophulose ist die . . . Krankheit“.

Die genauere Aufklärung über den inneren Zusammenhang zwischen der Lymphdrüsentuberkulose und der Skrophulose brachten erst die Forschungen des folgenden Dezenniums.

Zuerst gelang Schüppel [2]) der Nachweis, dass in allen verkästen Lymphdrüsen die Tuberkel zu finden seien, die Virchow als für die Tuberkulose charakteristisch bezeichnet hatte.

Die völlige Aufklärung brachte dann Koch [3]) durch die Entdeckung der Tuberkelbacillen. Denn es gelang Schuchardt und Krause u. A. in allen Fällen, in denen es sich um verkäste oder vereiterte Lymphdrüsen handelte, der Nachweis von Tuberkelbacillen.

Damit war die Identität der Skrophulose mit der Tuberkulose bewiesen.

Neuerdings werden wieder Stimmen laut, welche eine Unterscheidung zwischen Skrophulose und Tuberkulose befürworten.

So schreibt Tillmanns: „Unter Skrophulose versteht man eine Konstitutionsanomalie ohne bestimmt nachweisbare Veränderungen. Dieselbe ist charakterisiert durch eine auffallende Schwäche der Gewebe resp. der Zellen, äusseren Schädlichkeiten Widerstand zu leisten“. Und später über ihre wichtigsten Merkmale: „Die Lymphdrüsen, besonders die des Halses und der Unterkiefergegend sind gewöhnlich

1) Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge Nr. 49.
2) Schüppel: Über Lymphdrüsen-Tuberkulose.
3) R. Koch: Ätiologie der Tuberkulose.

geschwollen und vergrössert, mit oder ohne gleichzeitige Verkäsung".

Er sagt dann weiter, die Skrophulösen besässen eine ausgesprochene Prädisposition für Tuberkulose; d. h. die skrophulöse Konstitutionsanomalie sei mit ihren akuten und chronischen, lokalen Entzündungen ein guter Nährboden für den Tuberkelbacillus, habe aber sonst mit der echten Tuberkulose nichts zu thun.

Tillmanns hält demgemäss für die Ursache der Lymphdrüsenschwellungen lokale, nicht spezifische Entzündungen, die durch die skrophulöse Konstitutionsanomalie veranlasst sind.

Demgemäss müssten also die Tuberkelbazillen erst später in die bereits geschwollenen Drüsen eingedrungen sein.

Wenn dies der Fall wäre, so würden doch unzweifelhaft die Untersuchungen auf Tuberkelbacillen bei noch nicht lange bestehender Schwellung der Drüsen häufig negativ ausfallen.

Nun konnte ich bei 7 Patienten, die wegen Lymphdrüsenschwellungen in der Halleschen Klinik operiert wurden, feststellen, dass ihr Leiden bei ihrer Einlieferung in die Klinik noch nicht länger als zwei Monate bestand.

Drei von diesen Patienten gaben eine Krankheitsdauer von 2—4 Wochen an.

Trotzdem wurde in allen diesen Fällen in den verkästen resp. vereiterten Drüsen nachgewiesen, dass es sich unzweifelhaft um Tuberkulose handelte.

Dadurch ist wohl der Beweis erbracht, dass stets die Tuberkulose die Entzündung der Drüsen verursacht und die Schwellung nicht die Folge einer Konstitutionsanomalie ist, die ein nachträgliches Eindringen der Tuberkelbacillen ermöglicht.

Ich komme nun zu der Besprechung, der Art und Weise, in der die tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen

erfolgt, ohne mich jedoch auf die Ätiologie der Tuberkulose selbst näher einzulassen.

Je nachdem das Gebiet, aus welchem der Lymphstrom in die erkrankten Drüsen geleitet wird, bereits tuberkulös erkrankt ist, oder nicht, kann man von einer primären oder sekundären Lymphdrüsentuberkulose sprechen.

Zu ersterer gehören die Fälle, in denen die tuberkulöse Infektion von kleinen, äusseren Verletzungen aus, wie Exzemen, Rhagaden etc. stattfindet.

So berichtete Koch von einer Reihe von Fällen, in denen die tuberkulöse Lymphadenitis der Nackendrüsen durch Kratzwunden der Kopfhaut verursacht war.

Auch kariöse Zähne bilden oft die Ursache primärer Drüsentuberkulose.

Diese Art der Infektion soll besonders häufig sein; sie tritt meist zur Zeit der 2. Dentition ein.

So wurde in der Bonner Klinik von Ungar festgestellt, dass von 429 Kindern mit Karies der Zähne 425 an Lymphdrüsenschwellungen litten, während von 558 Kindern, die keine Karies hatten über die Hälfte gesund war.

Unter den von mir bearbeiteten Fällen war nur einer, in dem anamnestisch ein kariöser Molarzahn als direkte Ursache der Erkrankung angegeben wurde, doch fanden sich noch mehrfach bei den Patienten defekte Zähne.

Ferner bilden die Katarrhe der Schleimhäute, besonders die der Nase und des Pharynx oft die Invasionspforte für das tuberkulöse Virus, das sich dann in den nächstgelegenen Lymphdrüsen festsetzt.

Griesinger wies darauf hin, dass die Anginen häufig die Ursachen der Halsdrüsenschwellungen seien und v. Bergmann wirft die Frage auf, ob diese Anginen nicht die häufige Anschwellung gerade der Halsdrüsen erklären.

Ich meinerseits halte für die Ursache der häufigen Affektion der Halsdrüsen den Umstand, dass der Kopf vielmehr, als alle anderen Körperteile allen möglichen äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt ist.

Auch Conjunktivitiden und Otorrhoeen bilden vielfach die Grundlagen zu einer späteren Lymphadenitis tub.

Dass rein chronische, nicht spezifische Entzündungen häufig zu Drüsentuberkulose führen, ist von mehreren Autoren festgestellt worden. So berichtete von Volkmann[1]), dass die chronische, indurative Mastitis die Ursache einer späteren tuberkulösen Lymphadenitis wäre.

Ebenso veröffentlichte Garré mehrere Fälle von primärer Tuberkulose der Axillardrüsen, die sich nach chronischen, nicht tuberkulösen Entzündungen ausgebildet hatten.

Aus der Halleschen Klinik wurde ein ähnlicher Fall veröffentlicht. Patientin hatte nach dem Puerperium zwei Mastitiden durchgemacht, die nicht zur Eiterung kamen. Bald darauf entwickelte sich eine Anschwellung der Achseldrüsen. Nach der Exstirpation wurden Tuberkelbacillen in ihnen nachgewiesen.

Unter den Patientinnen, die in dem letzten Jahre in der Halleschen Klinik wegen Achseldrüsentuberkulose behandelt wurden, befindet sich kein derartiger Fall. Einmal wurde angegeben, dass während des Puerperiums beide Mammillae wund gewesen seien.

Die Entscheidung, ob es sich um primäre oder sekundäre Lymphdrüsentuberkulose handelt, d. h. ob das tuberkulöse Virus von den inficierten Drüsen auf andere Organe verschleppt worden ist, oder umgekehrt diese erst die Drüsen sekundär inficiert haben, ist oft schwer oder auch unmöglich.

So kommt es im Anschluss an eine Lungentuberkulose häufig zu einer sekundären Infection der Bronchialdrüsen.

Hingegen erklärt sich die Thatsache, dass die Phthisis der Kinder häufig im mittleren oder unteren Lungenlappen beginnt, nur dadurch, dass das tuberkulöse Virus, ohne in

1) Volkmann: Chir. Erfahrungen über die Tuberkulose.
2) Gassmann: Inaug.-Dissertation.

der Lunge zu haften, durch den Lymphstrom in die Bronchialdrüsen übertragen wird. Diese erkrankten also primär, brechen in die Lungen durch und rufen so eine sekundäre Lungentuberkulose hervor.

Ähnlich verhält es sich mit der Tuberkulose der Mesenterialdrüsen.

Hier hat Weigert[1]) nachgewiesen, dass die tuberkulöse Drüsenerkrankung in der Regel bei Kindern primär, bei Erwachsenen sekundär ist.

Immerhin finden sich zahlreiche Fälle, in denen unzweifelhaft festgestellt werden kann, dass es sich um eine sekundäre Affection der Lymphdrüsen handelt.

Unter den Patienten, die in den letzten Jahren in der Halleschen chirurgischen Klinik operiert wurden, fanden sich mehrere, die schon lange an Lungentuberkulose gelitten hatten, ehe eine tuberkulöse Erkrankung der Lymphdrüsen hinzutrat.

Von zwei anderen Patienten der Halleschen Klinik litt der eine an einer primären Fusswurzeltuberkulose, während der andere wegen eines tuberkulösen Geschwürs der Hand behandelt wurde. Bei beiden Patienten war lange Zeit nach ihrer Erkrankung die sekundäre Lymphdrüsentuberkulose hinzugetreten.

Über einen typischen Fall von sekundärer Lymphdrüsentuberkulose wurde vor längerer Zeit in der deutschen medizinischen Wochenschrift berichtet.

Bei der Beschneidung von 10 jüdischen Knaben versuchte der an Phthisis leidende Beschneider die Blutung durch Aussaugen zu stillen. Sämtliche 10 Kinder erkrankten kurz darauf mit tuberkulösen Geschwüren an der Wunde und nach 3—4 Wochen trat eine sekundäre, tuberkulöse Entzündung der Inguinaldrüsen ein.

Einen ähnlichen Fall berichtet Tscherning. Die betreffende Patientin hatte sich an einem Glassplitter ver-

1) Weigert: Die anatomischen Wege des Tuberkelgiftes nach seinem Eintritt in den menschlichen Körper.

letzt, der von dem Spuckglas eines an Phthisis leidenden Individuums stammte. Es entwickelte sich ein primäres, tuberkulöses Geschwür an der Hand, das incidiert und ausgekratzt wurde. Nach 3 Monaten trat ein Rezidiv auf und wenige Wochen später folgte eine Anschwellung der Cubital- und Axillardrüsen.

Der Befund nach der Exstirpation ergab tuberkulöse Lymphdrüsen. Auch Koch stellte fest, dass bei den von ihm mit Tuberkelbacillen geimpften Tieren regelmässig die geimpfte Stelle und einige Zeit darnach sekundär die entsprechenden Lymphdrüsen tuberkulös erkrankten.

So publizierte er einen Fall, in dem er einem Meerschweinchen eine nur minimale Menge Blutserum eines tuberkulösen Tieres in die vordere Augenkammer einspritzte. Es entstand eine Iritis tuberculosa, und wenige Wochen später schwollen die Lymphdrüsen am Kiefer und an der Ohrwurzel an. Die Sektion ergab verkäste, tuberkulöse Lymphome.

Bevor ich nun auf die eigentliche Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose eingehe, will ich mich vorher noch auf die Frage einlassen, ob denn bei einem Leiden, das oft den befallenen Patienten gar keine oder nur geringe Beschwerden macht, das viele Jahre bestehen kann, ohne sichtbare Fortschritte zu machen, in jedem Falle eine Therapie einzuleiten ist.

Ich möchte diese Frage unbedingt bejahen, denn es ist bekannt, dass auch in leichten Fällen, wo geringe Drüsenanschwellungen lange Zeit unverändert bestanden haben, aus irgend einem Grunde eine plötzliche Verschlimmerung des Leidens auftritt, die dann zu einer viel eingreifenderen Therapie nötigt. In allen schwereren Fällen, in denen es sich um starke und ausgedehnte Anschwellungen handelt, ist eine sofortige, energische Therapie unumgänglich nötig.

Diese Notwendigkeit ist bedingt durch die drohende Gefahr einer Verbreitung des tuberkulösen Virus auf andere Organe des Körpers.

Die Weiterverbreitung des Infektionsstoffes kann auf verschiedene Art vor sich gehen. Erstens kann es zu einer periglandulären Phlegmone und so zu einer Infection der benachbarten Organe per continuitatem kommen. Ich will hier verschiedene Beispiele für eine derartige Übertragung des Krankheitsstoffes anführen. Schon vorher erwähnte ich, dass bei Kindern öfters eine tuberkulöse Pleuritis oder Phthisis direkt durch die tuberkulös erkrankten Bronchialdrüsen erfolgt. Ebenso kommt es oft zu einer direkten Infection des Pericardiums von den erkrankten Hilusdrüsen aus. Einen hierher gehörenden Fall veröffentlichte Hanau[1]). Bei einem Patienten, der infolge tuberkulöser Pericarditis zur Sektion kam, fand sich keine andere tuberkulöse Affection, als die der rechtsseitigen Tracheobronchialdrüsen mit Bildung eines tuberkulösen Herdes zwischen Vena cava sup. und Aorta. Es hatte also die primäre Erkrankung der Hilusdrüsen per continuitatem zu einer sekundären Infection des Pericardiums geführt. Hanau erklärt, dass eine derartige direkte Übertragung von Seiten der Hilusdrüsen die allerhäufigste Ursache der Pericarditis tuberculosa ist.

Ebenso spricht sich Weigert[2]) dahin aus, dass die frühere sogenannte „idiopathische" Pericarditis tuberculosa durch direktes Übergreifen des Giftes von den Lymphdrüsen entstehe.

Die zweite Gefahr der Weiterverbreitung des tuberkulösen Virus liegt darin, dass die erkrankten Lymphdrüsen in benachbarte Blutgefässe und zwar besonders Venen durchbrechen und so eine akute Allgemeininfektion des Körpers hervorrufen.

Hanau, der sich besonders mit dieser Frage beschäftigte, konnte wiederholt feststellen, in 13 Fällen mit

1) Hanau, Virchows-Archiv No. 108.

2) Weigert, Deutsche medizinische Wochenschrift. 1883.

Sicherheit achtmal, dass ein Durchbruch von tuberkulösen Drüsen in benachbarte Venen stattgefunden und eine akute Miliartuberkulose hervorgerufen hatte.

In diesen Fällen fanden sich die verkästen oder schon vereiterten Drüsen fest mit den grossen Gefässen verwachsen; die Venenwandungen waren vielfach nach innen vorgebuchtet und die käsigen Massen der Drüsen schimmerten hindurch.

In einigen dieser Fälle liess sich makroskopisch ein Durchbruch nicht nachweisen; in anderen Fällen zeigten sich im Lumen, den Venenwandungen aufsitzend, kugelige, käsige Körper, die in ihrer Lage genau den äusseren Drüsen entsprachen.

Ebenso wie Hanau und Andere spricht sich Weigert dahin aus, dass die akute Miliartuberkulose häufig durch einen Durchbruch einer tuberkulös vereiterten Drüse in die Venen hervorgerufen werden kann.

Ein Durchbruch tuberkulöser Lymphdrüsen in eine Arterie gehört zu den seltensten Vorkommnissen; ebenso die von Ponfick entdeckte und beschriebene Durchbrechung der Wandungen des Ductus thoracicus mit nachfolgender Allgemeininfection auf dem Wege der Blutbahnen.

Was nun die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose anbelangt, so hat sie, ebenso wie die Anschauungen über die Krankheit, manche Veränderung durchgemacht.

Schon als man die Skrophulose noch für eine selbständige Constitutionskrankheit hielt, suchte man die Patienten durch dietätische Massregeln, durch Verbesserung ihrer äusseren Verhältnisse zu heilen. Man schickte sie in Sool- und Seebäder; besonders Kinder brachte man in Seehospizen und anderen geeigneten Anstalten unter und suchte durch Hebung des allgemeinen Kräftezustandes die Erkrankung zur Heilung zu bringen.

Auch heute noch wird diese Art der Therapie vielfach angewandt und in der That sind die Erfolge, die durch dieselbe erzielt werden, ausserordentlich günstig.

v. Bergmann spricht sich über die Resultate dieser Behandlung sehr befriedigt aus und meint, dass sie Ausserordentliches und geradezu Überraschendes leiste.

Überhaupt ist v. Bergmann[1]) der Ansicht, dass in neuerer Zeit die allgemeine Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose zu sehr vernachlässigt und auf die Lokaltherapie, besonders bei Kindern zu viel Wert gelegt werde.

Zu dieser allgemeinen Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose muss man auch die Leberthrankuren hinzurechnen, die früher sehr viel angewandt wurden. Durch Darreichung von grossen Dosen des leicht verdaulichen Leberthrans suchte man eine reichliche Fettablagerung im Körper anzuregen. Man wollte dadurch den Umsatz der stickstoffhaltigen Gewebsbestandteile erhöhen und auf diese Weise den Zerfall und die Wegführung der im Übermass gebildeten lymphoiden Körperchen aus den Drüsen bewirken.

Ferner sind hier die Jodkuren zu erwähnen, die aber wegen der leicht mit ihnen verbundenen Ernährungsstörungen nur bei kräftigen Patienten angewandt werden dürfen.

Dieser allgemeinen Behandlung steht die lokale Therapie gegenüber.

Hierher gehören zunächst die leichteren Formen der lokalen Behandlung, so die Jod- und Quecksilber-Präparate, die in Gestalt von Pflastern und Salben auf die Drüsen appliciert werden, um durch die äussere Reizung ein Zurückgehen der Anschwellungen zu bewirken.

Andere Autoren berichten über Erfolge, die sie durch methodische Inunctionen mit Schmierseife erzielten.

Grünfeld teilt 6 Fälle von Lymphdrüsentuberkulose mit, von denen er zwei durch Umschläge mit essigsaurer Thonerde geheilt hat, während bei den anderen keine Besserung erzielt wurde.

1) v. Bergmann, Erkrankungen der Lymphdrüsen.

Schede empfahl die Ätzung der Drüsen mit Jodtinktur, da hierdurch eine Einschmelzung alter Gewebsbestandteile und so eine Verringerung der Drüsenschwellung stattfindet.

Eine weitere energischere Art der lokalen Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose führte Demme ein, indem er durch direkte Einspritzung von Arzneimitteln in das Parenchym der erkrankten Drüsen eine Heilung herbeizuführen suchte. Er nahm hierzu Jodtinktur.

Schüller schlug statt dessen 3 %ige Karbollösung vor. Die Resultate dieser Behandlung mit Injektionen sind zweifach. In manchen Fällen werden nämlich die angeschwollenen Drüsen kleiner. In anderen hingegen führen die Injectionen zu gesteigerten Entzündungen, es tritt eine rasche, vollständige Vereiterung der Drüsen ein und dieselben kommen zum Durchbruch. Durch diese Eiterung wird nun manchmal alles erkrankte Gewebe ausgestossen uud es kommt zu Bildung von guten Granulationen und zur Heilung. Oft aber bleibt die Eiterung bestehen und nötigt doch noch zu einer eingreifenderen Therapie.

Auch durch Behandlung mit Arsen hat man die Lymphdrüsentuberkulose bekämpft.

Grünfeld teilt über seine Erfahrungen betreffend die Arsenbehandlung folgendes mit:

Es handelte sich um 16 Patienten, bei denen die tuberkulöse Affektion soweit vorgeschritten war, dass eine Operation nicht mehr vorgenommen werden konnte. In 14 Fällen war das Resultat der Behandlung völlig negativ.

Nur in 2 Fällen sollen die Patienten mit bedeutend verkleinerten Drüsen entlassen worden sein.

In einem Fall aus der hiesigen Klinik soll durch diese Therapie ebenfalls eine Besserung erzielt worden sein. [1])

Alle diese Injektionen sind aber geringwertig im Vergleich zu den Erfolgen, die man durch die Einspritzung

von Jodoform-Glycerin in das Parenchym der erkrankten Drüsen erzielt hat. Diese Art der Therapie wird von vielen Klinikern sehr warm empfohlen.

So berichtet z. B. Bruns aus der Tübinger Klinik, er habe binnen 5 Jahren über 100 kalte Abscesse mittelst Injectionen von Jodoform-Glycerin geheilt und zwar sei in keinem Fall ein Recidiv aufgetreten.

Ebenso wurde aus der Billroth'schen Klinik über das Erfolgreiche dieser Behandlungsweise berichtet.

Die Heilungsdauer bei dieser Therapie ist allerdings eine sehr langwierige. Bruns in Tübingen meint, dass eine völlige Heilung mindestens eine zwei- bis viermonatliche Behandlung erfordere.

Unter den mir überwiesenen Fällen wurden zwei Patienten mit Jodoform-Glycerin-Injektionen behandelt.

Der eine wurde nach einigen Wochen zur ambulanten Behandlung entlassen, doch konnte ich nicht erfahren, ob die eingetretene Besserung eine andauernde war, und Patient geheilt wurde.

In dem anderen Falle wurden innerhalb 4 Wochen 4 Injektionen gemacht. Der Tumor wurde darnach bedeutend kleiner. 1 Jahr später liess sich Patient in Leipzig die inzwischen wieder angeschwollenen Drüsen exstirpieren und blieb dauernd geheilt.

Während meiner Volontärzeit in der Hallenser Klinik hatte ich gleichfalls Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Bei der ca. dreijährigen Patientin mit beiderseitigen Lymphomata colli wurden im Zeitraum von einigen Wochen mehrere Injectionen mit Jodoform-Glycerin gemacht. Doch war die Besserung so gering, dass bald darauf die Exstirpation, mit Rücksicht auf den nicht hervorragend kräftigen Körper der Patientin vorläufig nur auf einer Seite, vorgenommen wurde.

Damit komme ich auf die gegenwärtig bei weitem am häufigsten angewandte Therapie, nämlich die blutige Entfernung der erkrankten Drüsen.

Diese zu bewerkstelligen, haben wir zwei Methoden:

Erstens die Incision der Geschwulst mit nachfolgender Auskratzung mittelst des scharfen Löffels, zweitens die Exstirpation der Drüsen in der Kapsel.

Die erste Art der Behandlung ist angebracht, wenn die Drüsen oder ihre Umgebung schon vereitert sind, oder wenn ausgedehnte Fistelbildungen, ferner wenn starke Verwachsungen mit den umgebenden Geweben vorhanden sind derart, dass die Exstirpation ein zu grosser Eingriff wäre, der die Kräfte des Patienten zu sehr in Anspruch nähme.

Prof. v. Bergmann spricht sich über die Indikation zu dieser Therapie folgendermassen aus:

„Wo über einem Packet geschwollener Lymphdrüsen oder zur Seite derselben fluktuierende Knoten liegen, oder wo bereits Geschwüre, Unterminierungen und Hohlgänge in dasselbe führen, ist die Eröffnung der Abscesse und die Erweiterung der schon bestehenden Öffnungen geboten, damit von ihnen aus die schlechten, tuberkelhaltigen Granulationen in den Drüsen ausgeräumt und fortgeschafft werden können".

Nach denselben Grundsätzen wird in der Halleschen Klinik verfahren.

Unter den mir überwiesenen 37 Patienten wurden 11, bei denen es sich durchweg um erweichte Drüsen handelte, auf diese Art operiert. Nur ein einziger bekam ein Recidiv. Bei 8 Patienten wurde eine teilweise Auskratzung vorgenommen, während die nicht erweichten Drüsenpackete exstirpiert wurden. Zwei Fälle recidivierten.

Die Erfolge sind also als durchaus gute zu bezeichnen.

Auch Grünfeld teilt mit, er habe unter 150 Patienten 25 auf diese Art behandelt und gute Erfolge erzielt.

Was die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Drüsen angeht, so sind die Ansichten der Chirurgen darüber lange sehr verschieden gewesen.

In Deutschland war es zuerst Hueter, der seinen Schülern die Ausführung dieser Operation in fast allen Fällen von Drüsentuberkulose dringend empfahl.

Auch v. Volkmann schloss sich ihm an. Andere Autoren sprachen sich gegen die Operation aus. Besonders waren es Franzosen, wie Poulet und Cauvel, die nichts von dieser Therapie wissen und sie höchstens in Ausnahmefällen gestatten wollten. Später sprach sich Velpeau wieder sehr zu gunsten der Vornahme der Operation aus.

In Deutschland wird sie jetzt sehr häufig ausgeführt und aus einer Reihe deutscher Kliniken liegen Veröffentlichungen vor, die die ausserordentlichen Erfolge dieser Therapie hervorheben.

Ebenso teilt Grünfeld sehr günstige Resultate mit. Er hält die Vornahme der Operation nur in Fällen von hochgradiger, tuberkulöser Erkrankung und von schwerer Anämie für kontraindiciert.

v. Bergmann will die Exstirpation tuberkulös erkrankter Drüsen nur unter bestimmten Bedingungen ausgeführt wissen. Besonders bei Kindern unter 10 Jahren hält er die Vornahme der Operation für unangebracht, da ein Blutverlust aus der Wunde nicht zu vermeiden und dieser, auch wenn er nur unbedeutend sei, doch schon genüge, bei Kindern eine Anämie mit unstillbarer Diarrhöe hervorzurufen und so einen letalen Ausgang herbeizuführen.

Ferner führt v. Bergmann als Gründe gegen die Operation an, dass die Gefahr der Generalisation des tuberkulösen Prozesses nicht so gross sei, um eine Vornahme der Operation in jedem Falle zu rechtfertigen; sodann könne ein Listerverband am Halse nicht mit der Vollkommenheit angelegt werden, die eine absolute Sicherheit gegen Wundinfection gewähre.

Schliesslich sei bei einem doppelseitigen Auftreten der Drüsen meist eine völlige Entfernung derselben unmöglich. In solchem Falle gingen die übrig gelassenen Drüsentumoren manchmal zurück, häufig aber griffe der krankhafte Prozess um so rapider um sich.

Demgemäss empfiehlt v. Bergmann nur dann die Exstirpation der Drüsen, wenn „nur eine einzige Drüse zu grösserem Umfange angewachsen ist"; ferner „wenn die Drüsenanschwellungen der Allgemeinbehandlung widerstehen und dabei an Umfang zunehmen, aber eine periglanduläre Phlegmone noch nicht eingetreten ist".

Lücke nimmt eine mittlere Stellung ein. Er ist für eine Partialoperation, wenn die Drüsen noch nicht zu grossen Dimensionen angewachsen sind. Grössere Drüsenpackete exstirpiert er, wenn irgend möglich. Bei Vereiterung der Drüsen und bei Periadenitis wendet er das Evidement an.

Schüller tritt sehr für die Exstirpation ein aus folgenden Gründen:

1. Weil die Lymphomata colli fremde Gebilde sind.
2. Weil trotz der Schwierigkeit der Operation das Endresultat günstig ist.

Auch die Hallesche Klinik hat durchaus gute Erfolge durch die Operation erzielt; trotzdem auch Kinder mehrfach operiert wurden, ist doch kein Fall in der hiesigen Klinik zu verzeichnen, bei dem der Patient durch die Operation Nachteile in seinem Gesundheitszustand erlitten hätte.

Bevor ich nunmehr auf die Krankengeschichten der in der v. Bramann'schen Klinik behandelten Patienten näher eingehe, möchte ich bemerken, dass bei den Angaben, welche Alter, Geschlecht, Vorkrankheiten und hereditäre Belastung betreffen, auch die 28 Patienten berücksichtigt sind, deren Krankengeschichten nicht in die unten folgende Tabelle aufgenommen werden konnten, da das heutige Befinden derselben nicht festzustellen war.

Es handelt sich also um 65 Patienten. Von diesen standen im Alter

von	1—10 Jahren:	6 =	9,2%
„	11—20 „	26 =	40, %
„	21—30 „	21 =	32,3%
„	31—40 „	8 =	12,3%
„	41—50 „	4 =	6,2%.

Diese Angaben stimmen ziemlich genau mit denen anderer Kliniken überein. Bei allen steht der grösste Teil der Patienten im Alter von 10—30 Jahren. Mit zunehmendem Alter tritt die Krankheit weniger häufig auf und kommt nach dem 50. Lebensjahre nur überaus selten vor.

Was das Geschlecht der Patienten belangt, so gehörten 43% dem weiblichen, 57% dem männlichen Geschlecht an.

Genau dasselbe Resultat hat Grünfeld veröffentlicht, während andere Autoren angeben, dass die Zahl der weiblichen Patienten grösser sei.

Betreffs der Ursachen, welche die Erkrankung hervorrufen konnten, ergab sich folgendes:

Ophthalmie	in	5 Fällen
Otitis	„	2 „
Caries dentium	„	2 „
Tuberkulöses Geschwür (Hand)	„	1 Fall
„ „ (Fuss)	„	1 „
Affektionen im Respirationstractus	„	4 Fällen.

Bei 23 % der Patienten konnte nachgewiesen werden, dass Eltern oder Geschwister an Tuberkulose resp. chronischen Lungenkrankheiten litten.

Sieben Patienten waren früher schon wegen Drüsenanschwellungen behandelt worden.

Wenn ich nun auf die Heilerfolge in der v. Bramannschen Klinik eingehe, so spreche ich hier nur von den in der Tabelle angeführten Patienten, bei denen sich der Status vom 1. August dieses Jahres feststellen liess.

Von diesen 37 Patienten blieben 21 dauernd geheilt. Bei 2 Patienten traten später ausserhalb des Operationsgebietes neue Drüsenanschwellungen auf.

2 Patienten starben längere Zeit nach der Operation an Krankheiten, die nicht mit der früheren Drüsentuberkulose zusammenhingen. Bis zum Tod dieser Patienten war kein Recidiv eingetreten.

Mithin trat dauernde Heilung ein bei 25 Patienten $= 67{,}5\%$. Recidive erfolgten bei 9 Patienten $= 24{,}3\%$.

Ausser den oben genannten starben noch 3 Patienten. Zwei von diesen kamen einige Wochen nach der Operation an Pneumonie ad exitum.

Ein Patient starb 4 Jahre nach der Operation an Meningitis tuberculosa.

Auf die Krankengeschichte dieses Falles will ich näher eingehen.

Patient litt zur Zeit der Operation (November 91) ausser an den Drüsenschwellungen an Tuberkulose der Handwurzelknochen.

Im Dezember 91 war die Operationswunde geheilt. Einige Monate später traten Recidive ein. Ob Patient damals anderswo behandelt wurde, konnte ich nicht feststellen.

Pat. wurde im Frühjahr 93 in die Kinderheilanstalt zu Bad Kösen gebracht.

Daselbst war der Befund folgender:

Mai 1893: Multiple Knochentuberkulose beider Hände, des linken Fusses und Stirnbeins. Otitis media sin. Starke Lymphomata colli.

27. V. 93. Calcaneus sin. entfernt. Ecrasement des Metatarsus III dexter. und Grundphalange digiti IV.

3. IX. 93. Fungus der Stirn und des Fusses geheilt. Patient geht.

Mai 1894: Die vorjährigen Herde ausgeheilt. Pat. sieht gut aus und geht ohne Schmerzen. Tuberkulöser Herd des Condyl. int. humeri dextr.

Mai 1895: Fungus des rechten Ellenbogengelenks.
26. VI. 95. Patient † an Meningitis basilaris tuberkulosa.

Es sei mir hier noch gestattet, die Resultate der operativen Behandlung, wie sie von anderen Kliniken veröffentlicht wurden, anzuführen.

	Bonn.	Breslau.	Kiel.	Strassburg.	Tübingen.
	%	%	%	%	%
Dauernde Heilung	62	35	70	65	62
Recidiv	27	48	20	13	37
Tod an Tuberkulose	11	18	10	22	

Vergleicht man diese Resultate der operativen Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose mit denen der Halleschen Klinik, so ist das Ergebnis, dass, wenn diese Therapie auch nicht in allen Fällen Heilung herbeiführt, sie doch in vielen Fällen die Patienten gesunden lässt, und in jedem Fall eine schnelle Verbreitung der Tuberkulose hindert.

No.	Name, Stand, Wohnort	Alter	Hereditäre Belastung	Frühere Krankheiten	Dauer der Krankheit	Status vor de Operation
1.	Hermann Köhler, Arbeiter aus Meineweh.	16		Vor 2 Jahren wegen Drüsen operiert.	7 Jahre	An der rechten Hals ein Packet von bo bis taubeneigros harten Drüse
2.	Hermann Sommer, Lehrling aus Ammendorf.	16	Eine Schwester litt an Drüsenanschwellungen.		6 Woch.	An der linken Seit Halses mehrere Dr Packtee.
3.	Otto Wendehake, Schreiberssohn aus Ballenstedt.	10		Typhus Scarlatina.	3 Jahre	Schwächlicher K An der linken Hals mehrere Drüsen; e erweicht.
4.	Jda Barth aus Teutschenthal.	18	Vater lungenleidend.	Vor 6 Monaten Gelenkrheumatismus.	6 Mon.	Rechts am Halse g teilweise fluktuie Drüsen-Packet
5.	Wilhelm Bollmann aus Egeln.	20			4 Mon.	Kräftiger Patie Beiderseits am H Drüsenschwellun
6.	Hermann Wendel, Bäcker aus Förderstedt.	25		Pat. seit seinem 8. Lebensjahr rechts ohrenleidend.	9 Jahre. Vor 3 Jahren wegen Drüsen operiert.	Rechts unter d Mandibularwink hühnereigrosser T u. einige kleine Pac
7.	Anna Hannemann, Hüttenmannstochter aus Hettstedt.	9		Pat. ist blind und ohrenleidend.	1 Jahr.	Kleiner fluctuiere Tumor an der li Halsseite.
8.	Wilhelm Bittner aus Eilenburg.	$2^1/_4$	Vater † an Phthisis. Eine Schwester leidet an Drüsen-Tumoren.		1 Jahr.	Elendes, schwac Kind. Rhachitis. H linken Achselhö apfelgrosser Tum
9.	Auguste Grundmann, Aschersleben.	30	Mutter † an einer Lungenkrankheit.	Pat. ist augenleidend.	$1^1/_4$ J.	Rechts am Hal mehrere Drüse Packete.
10.	Emma Herting, Schneiderin a. Gerbitz.	21		Während des Puerperiums beide Mammillae wund.	3 Jahre	In der rechten Ac höhle pflaumengr Tumor.

Therapie.	Path. anat. Diagn.	Status bei der Entlassung.	Status vom 1. VIII. 96.	Bemerkungen.
VII. 90. Exstirpation.	Drüsen teilweise verkäst.	Geheilt.		Patient † 1892 durch Selbstmord. War bis dahin gesund.
VII. 90. Exstirpation.	Lymphomata tuberculosa.	Binnen vierzehn Tagen primäre Heilung.	Nach 1 Jahr Recidiv. Jetzt bedeutende Tumoren linkerseits.	
III. 90. Drüsen weise ausgeratzt, teils exstirpiert.	Verkäste u. vereitertetuberculöse Lymphome.	Nach 14 Tagen geheilt.	Kein Recidiv.	
IX. 90. Exstirtion. Auszung der erhten Drüsen.	Tub. Lymphome teilweisevereitert.	Primäre Heilung.	Recidivfrei. Ganz gesund.	
. 91. Exstirpation.	Lymphomata tuberculosa. Teilweise verkäst.	Geheilt.	Kein Recidiv.	
I. 91. Exstirpation.	Verkäste tuberculöse Lymphome.	Primäre Heilung binnen 14 Tagen.	Seit einigen Jahren linksseitige Drüsen-Tumoren.	
. 91. Incision. uskratzung.	Vereiterte tub. Lymphome.	Nach 4 Wochen geheilt.	Kein Recidiv.	
. VI. 91. 4 Inonen mit Jodom-Glycerin.	Lymphomata axillaria.	d. 16. VI. 91. Tumor bedeutend kleiner.	Pat. wurde 1 Jahr darauf wiederum operiert (in Leipzig). Jetztgesund.	
VII. 91. Exstirpation.	Verkäste Drüsen.	Primäre Heilung binnen 9 Tagen.	Recidiv. Allgemeinbefinden gut.	
VII. 91. Exstirpation.	Verkäste tuberkulöse Drüsen.	Heilung nach 14 Tagen.	Pat. recidivfrei und gesund.	

No.	Name, Stand, Wohnort	Alter	Hereditäre Belastung	Frühere Krankheiten.	Dauer der Krankheit	Status vor der Operation.
11.	Bertha Liebe aus Halle.	10.		Masern. Diphtherie.	4 Woch.	Etwas anämisch Mädchen. An d rechten Seite fau grosser, fluctuiere Tumor.
12.	Albert Baetge, Buchbinderssohn aus Merseburg.	3.	Vater lungenleidend.	Vor 1 Jahr rechterseits Drüsen indiciert.	6 Woch.	Schwächliches, blä Kind. An der rec Hand tub. Gesch Beiderseits am H Drüsen-Packet
13.	Minna Blüthner, Dienstmädchen aus Schafstedt.	17		Vor 2 Jahren Gesichtsrose.	4 Mon.	Linkerseits am H Drüsen-Packete. einer Fistel entl sich Eiter.
14.	Fr. Anna Krüger, Schwenda.	20	Vater war lungenleidend.	Als Kind Ophthalmie.	10 Jahre.	Linkerseits am H hühnereigrosser Tu
15.	Louis Cornelius, Landwirt, Schernberg.	34			3Jahre	In der linken S maxillargegend taubeneigrosser T Teilweise fluctuie
16.	Wilhelm Marx, Arbeiter aus Radegast.	28		Vor 8 Jahren wegen Drüsen operiert.	1 Jahr.	An der l. Halsseit l. Supraclavicul gegend Drüsenpa die fluktuieren. Fistel.
17.	Lina Chemnitz, Arbeiterstochter aus Beesen.	2			14 Tage.	Anämisches Ki Hühnereigrosser T in der rechten A höhle. Fluctuat
18.	Bertha Pasch, Tischlerstochter a. Delitzsch.	15	Vor 3 Jahren wegen Drüsen operiert.		7Jahre	An der rechten seite mehrere Dr Packete.
19.	Elise Walker, Näherin aus Halle.	19		Als Kind Ophthalmie.	7Jahre	Linkerseits Affe der Lungenspi Rechts am Ha mehrere Drüsen-

Therapie.	Path. anat. Diagn.	Status bei der Entlassung.	Status vom 1. VIII. 96.	Bemerkungen.
cision. Aus-zung. Tampo-e. 23. X. 91.	Vereiterte tuberkulöse Lymphdrüsen.	Wundverlauf normal. Am 25. X. zur ambulanten Behandlung entlassen.		Pat. wird nach vierwöchentlich. ambulanter Behandlung wegen Broncho-Pneumonie aufgenommen. † den 25. XI. 91.
XI. 91. In-on. Evidement Exstirpation.	Lymphomata colli tub. vereitert und verkäst.	Nach 4 Wochen Heilung. Das Geschwür an der Hand ambulant behandelt.		Pat. † d. 26. VI. 95 an tuberkulöser Basilarmeningitis.
III. 92. Inci-Auskratzung.	Vereiterte tuberkulöse Lymphome.	Heilung binnen 14 Tagen.	Recidiv. Pat. will sich nächstens wieder operieren lassen.	
I. 93. Exstir-pation.	Lymphomata colli tuberculosa.	Primäre Heilung.	Unterhalb der Operationswunde ein wallnussgrosser Tumor.	
VI. 93. Exstir-on. Teilweise Evidement.	Teilweisvereiterte Drüsen.	Heilung.	Kein Recidiv.	
VI. 93. Inci-n. Scharfer el. Tamponade	Tuberkulöse Drüsen vereitert.	Pat. wird nach 3 Wochen zur Ambulanz entlassen.	Kein Recidiv.	
I. 93. Incision. spritzung mit pf.-Glycerin.	Vereiterte tuberkulöse Drüsen.	Nach 8 Tage zur ambulanten Behandlung entlassen.	Kein Recidiv. Pat. ist ganz gesund.	
VII. 93. Ex-stirpation.	Verkäste tuberkulöse Drüsen.	Heilung.	Kein Recidiv. Pat. soll kräftig u. gesund sein.	
6. VII 93. stirpation.	Lymphomata tuberculosa.	Nach 14 Tagen zur ambulanten Behandlung entlassen.	Kein Recidiv. Pat. klagt über Husten.	

No.	Name, Stand, Wohnort	Alter	Hereditäre Belastung	Frühere Krankheiten.	Dauer der Krankheit	Status vor de Operation.
20.	Emil Goldammer, Bergmann aus Dölau.	17			14Tag.	Faustgrosser Tu an der rechten Hals Fluctuation.
21.	Otto Weise, Töpferssohn aus Coswig i. A.	16		Phthisis.	1 Jahr	Pat. sehr schwäch Im Sputum sind berkel-Bacillen i gewiesen. In der li Achselhöhle meh Tumoren. EinigeFis
22.	Emilie Hessel, Arbeiterin aus Eilenburg.	22	Vater lungenleid.	Chlorose.	9 Jahre Vor 8 M. operiert.	An der rechten I seite mehrere tau eigrosse Tumore
23.	Hermann Walbrodt, Arbeiter aus Eismannsdorf.	17	Mutter lungenleid.	Linkerseits Fusswurzel Tuberkulose.	8 Mon.	In der linken Ingu gegend fluctuier Tumoren.
24.	Hermann Heinrich, Arbeiter aus Döllingen.	40	Nicht fest-zustellen.		1 Jahr	Kräftig gebauter Apfelgrosser Tumo der rechten Fos supraclaviculari
25.	Karl Böttcher, Arbeiter aus Siersleben.	22		Als Kind Ophthalmie. Chron. Bron-chial-Katarrh	5Jahre	Faustgrosser Tu links am Halse
26.	Anna Bölke aus Schraplau.	15			14Tag.	In der rechten maxillargegend f tuierende Geschw
27.	Otto Strutz, Knecht aus Winningen.	30	Nicht fest-zustellen.	Ophthalmie Starke Caries dentium.	8 Woch.	Am rechten Ki winkel Drüse Tumoren, die a mehreren Fistel eitern.
28.	Otto Helling aus Kreisfeld.	16		Masern.	10 J.	An der linken Hals Drüsen-Packete

Therapie.	Path. anat. Diagn.	Status bei der Entlassung.	Status vom 1. VIII. 96.	Bemerkungen.
2. XII. 93. Incision. uskratzung. amponade.	Tuberculöser lymphadenitischer Abscess.	Binnen3Wochen Heilung.	Kein Recidiv.	
5. XII. 93. räumung der chselhöhle. uskratzung.	Grösstenteils vereiterte tuberculöse Drüsen.	Nach 3 Wochen geheilt.	Kein Recidiv. Pat. ist schwer lungenleidend.	
0. XII. 93. xstirpation.	Verkäste tuberculöse Drüsen.	Primär-Heilung binnen 14 Tage.	Seit kurzem neue Anschwellungen an der andern Halbseite.	
0. XII. 93. Incision. Evidement. Tamponade.	Vereiterte tuberculöse Bubonen.	Nach 3 Wochen geheilt.	Kein Recidiv.	
26 IV. 94. xstirpation.	Lymphomata colli tuberculosa.	Heilung.	Kein Recidiv.	
11. V. 94. xstirpation.	Lymphomata colli tuberculosa. Grossenteils verkäst.	Geheilt.	Pat. bekam kurz nach seiner Entlassung neue Drüsenanschwellungen. Leidet an Hautausschlag.	
16. V. 94. Incision. videment.	Abscedierte Lymphomata colli tuberculosa.	Binnen 14 Tagen geheilt.	Kein Recidiv. Pat. vollkommen gesund.	
V. 94. Aus- at zung der Fisteln.	Lymphadenitischer tuberkulöser Abscess.	Heilung binnen 13 Tagen.	Im Frühjahr 95 sollen neue Anschwellungen aufgetreten sein, die nach einigen Wochen wieder verschwanden.	
IX. 94. Die kete werden rossenteils xstirpiert.	Verkäste Drüsen.	Nach 20 Tagen geheilt.	Kein Recidiv. Die nicht exstirpierten Drüsentumoren bestehen noch.	

No.	Name, Stand, Wohnort	Alter	Hereditäre Belastung	Frühere Krankheiten	Dauer der Krankheit	Status vor der Operation
29.	Franz Joestel, Zimmermannssohn aus Wesmar.	11			1 J.	Affektion der li Lungenspitze. In rechten Achselh Drüsenpackete
30.	Bertha Gründling, Dienstmädchen aus Roitzsch.	15			5 Mon.	An beiden Halss grosse Drüsenpac
31.	Louis Raue, Arbeiter aus Westeregeln.	22		Vor mehreren Jahren Pneumonie.	2 J.	An beiden Halss über faustgrosse moren, die aus mehr Fisteln eitern.
32.	Fr. Bertha Schwennicke aus Mansfeld.	59	Vater starb an Pneumon.	Vor $^1/_2$ Jahr 8 wöchentl. Lungencat.	14 Jahre. Damals operiert Recidiv seit 5 Jahren	Am rechten Kief winkel hühnereigr Geschwulst. Fluctuation.
33.	Louis Hempel, Bremser aus Nordhausen.	36		Vor 9 Jahren wegen Drüsen operiert.	2 Mon.	Hinter dem link Kieferwinkel ei hühnereigrosser, f tuierender Tum
34.	Reinhold Schenk, Schreiber aus Gerbstedt.	19			Seit frühst. Jugend.	Lunge gesund. Rec seits am Halse meh Drüsen-Packete
35.	Johann Rostalski, Arbeiter aus Oberwünsch.	17			1 J.	In der regio su maxillaris sin. ein nussgrosser Tum
36.	Fr. Henriette Klauss aus Leimbach.	34			2 J.	An der rechten Halss Drüsenpackete
37.	Paul Brückner, Former aus Giebichenstein.	21	Nicht festzustellen.	Caris eines Molarzahns als Ursache angegeben.	3 M.	Am Halse rechter mehrere Drüsenpac

Therapie.	Path. anat. Diagn.	Status bei der Entlassung.	Status vom 1. VIII. 96.	Bemerkungen.
XI. 94. Exstirpation.	Verkäste Drüsen.	Nach 6 Wochen geheilt.	Recidiv.	
95. wird rechts 12. VIII. links exstirpiert.	Multiple grossenteils verkäste Lymphome.	Heilung.	Kein Recidiv. Pat. ist sehr schwächlich.	
V. 95. Links- g teils Exstir- on, teils Auskratzung.	Lymphomata tuberculosa, teilweise vereitert.			Wundverlauf normal. Pat. erkrankt in der Klinik an croupöser Pneumonie. † d. 31. V. 95.
V. 95. Incision. kratzung mit arfem Löffel.	Abcedierte Lymphdrüsen-Tuberkulose.	Primär Heilung binnen 14 Tagen.		Pat. † im Aug. 95. an Apoplexie.
VI. 95. Inci . Evidement.	Lymphomata tuberculosa.	Nach 10 Tagen geheilt.	Kein Recidiv. Die Wunde brach wiederholt auf, heilte aber schliesslich.	
II. 95. Exstirpation.	Verkäste Drüsen.	Binnen 14 Tagen Heilung.	Recidiv.	
VII. 95. Exstirpation.	Lymphoma colli tubercul.	Primär Heilung binnen 8 Tagen.	Kein Recidiv.	
VIII. 95. Sämtne Drüsen exstirpiert.	Teilweise verkäste Drüsen.	Binnen 13 Tagen Heilung.	Kein Recidiv. Pat. ist ganz gesund.	
VIII. 95. Ein der Tumoren d exstirpiert.	Lymphomata colli tuberculosa.	Primär Heilung in 14 Tagen.	Kein Recidiv. Die zurückgelassenen Drüsen sind unverändert.	

Zum Schlusse sei es mir erlaubt, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. v. Bramann für die gütige Überlassung der Arbeit meinen ehrerbietigen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 2. September 1873 wurde ich, Martin Arnold Müller, evangelischer Confession, als Sohn des Regierungsbaumeisters M. H. Müller und seiner Ehefrau, geb. Stüler, zu Berlin (Zehlendorf) geboren.

Meine Schulausbildung erhielt ich auf dem Königlichen Friedrich Wilhelms-Gymnasium zu Berlin, das ich im Oktober 92 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Ich studierte sodann in Genf, Freiburg i. B., Berlin und Würzburg. Am 23. Juli 1894 bestand ich das Physicum.

Im folgenden Semester genügte ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 1. Garde-Dragoner-Regiment „Königin von Grossbritannien und Irland".

Im Oktober 1895 ging ich, nachdem ich noch 1 Semester in Berlin studiert hatte, nach Halle.

Dort bestand ich das Examen rigorosum am 16. XI. 96.

Als Lehrer verehre ich dankbar in

Genf:

Laskowski, C. Voigt.

Freiburg:

Keibel, Oppel.

Berlin:

Burchardt, Klemperer, Nasse, H. Virchow, Waldeyer.

Würzburg:

Boveri, Fick, Hantzsch, v. Kölliker, Röntgen, v. Sachs.

Halle a. S.:

v. Bramann, Braunschweig, Eberth, Fehling, Fränkel, Harnack, v. Hippel, Hitzig, v. Mering, Pott, Seeligmüller, Weber.

Thesen.

I.

Skrophulose und Tuberkulose der Lymphdrüsen sind miteinander identisch.

II.

Eine übermässige Inunktionskur bei Lues ist mehr schaden- als nutzbringend.

III.

Bei Placenta praevia ist frühzeitiges Sprengen der Blase und Herunterholen eines Fusses indiciert.